

Mothers' views and beliefs about the role of complementary feeding in children under the age of two in Damavand: a qualitative study

Salarkia N^{1*}, Amini M², Eslami Amirabadi M², Dadkhah M², Zowghi T³, Heidari H³,
Abdollahi M⁴

1- Research Assistant, MSc of Nutrition, Food and Nutrition Programming and Policy Making Research, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc of Nutrition, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Tehran, Iran

3- MS of Nutrition National Nutrition and Food Technology Research Institute, Tehran, Iran

4- Researcher, PhD of Social Health Medicine, National Nutrition and Food Technology Research Institute, Tehran, Iran

Received 7 Dec 2009 Accepted 20 Jan 2010

Abstract

Background: Inappropriate feeding is one of the major causes of malnutrition in children. This study was carried out to get an insight into mothers' views and beliefs about the role of complementary feeding in children under the age of two.

Materials and Methods: In this qualitative study, data were collected through 11 focus-group discussions (FGDs) with mothers, who had children under the age of two, in urban and rural areas of Damavand in 2007. Each FGD was held in the presence of a moderator, two note takers, and an observer. At the end of field work, all notes were collected and coded according to the objectives of the study. Then the subgroups for each objective were obtained, and emerging themes were extracted and reported.

Results: In the study, six general themes were identified: (1) The mothers viewed complementary feeding as simple, soft, light foods which are especially made for children; (2) the best time for introducing complementary feeding was 6 months of age; (3) there were no complementary local foods in Damavand; (4) for children under the age of one, a different type of food was separately prepared; (5) home-made complementary food was preferred over the ready made type, and (6) children were fed with table food from the first year of life.

Conclusion: Despite their sufficient knowledge about the advantages of complementary feeding, the majority of mothers, due to some socio-cultural limitations, had a weak performance. In this regard, in addition to making revisions in current training programs and protocols, providing effective and goal-oriented educational programs for mothers and others who take care of children is strongly recommended.

Keywords: Belief, Complementary feeding, Mothers, Qualitative research

*Corresponding author:

Email: n_salarkia@hotmail.com

Address: National Nutrition and Food Technology Research Institute 46, West Arghavan St., Farahzadi Blv., Shahrak-E-Qods, Tehran, Iran. Postal Code: 1981619573

دیدگاه و عقاید مادران در مورد نقش تغذیه تکمیلی کودکان زیر 2 سال در شهرستان دماوند: یک مطالعه کیفی

ناهید سالار کیا^{1*}، مریم امینی²، مریم اسلامی امیر آبادی²، منیره دادخواه²، تلما ذوقی³، هما حیدری³، دکتر مرتضی عبداللهی⁴

- 1- پژوهشیار، کارشناس ارشد علوم تغذیه، گروه تحقیقات سیاست گذاری و برنامه ریزی غذا و تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- 2- کارشناس ارشد علوم تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، تهران، ایران
- 3- کارشناس علوم تغذیه، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، تهران، ایران
- 4- پژوهشگر، دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ دریافت 88/9/16، تاریخ پذیرش 88/10/30

چکیده

زمینه و هدف: تغذیه نامناسب از علل عمده بروز سوء تغذیه در کودک محسوب می‌شود. این بررسی به منظور شناخت عمق نظرات و باورهای مادران در مورد نقش تغذیه تکمیلی در سلامت تغذیه‌ای کودک زیر 2 سال انجام گرفت. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه کیفی داده‌ها از طریق انجام 11 جلسه بحث گروهی با مادران دارای کودک زیر 2 سال در مناطق شهری و روستایی شهرستان دماوند در سال 1386 جمع‌آوری گردید. هر جلسه بحث گروهی با حضور یک هماهنگ کننده، دو یادداشت بردار و ناظر برگزار شد. پس از پایان عملیات میدانی کلیه یادداشت‌های جمع‌آوری شده بر اساس اهداف مطالعه کد گذاری شد، سپس زیر گروه‌های هر هدف به دست آمد و مضامین اصلی مطالعه از بین آنها استخراج و گزارش گردید.

یافته‌ها: در تحقیق حاضر شش مضمون کلی به دست آمد: 1- مادران غذای کمکی را غذایی می‌دانستند که ساده، سبک، نرم، رقیق و مخصوص کودک تهیه شود، 2- سن شروع غذای کمکی از 6 ماهگی بود، 3- غذای کمکی بومی در منطقه دماوند وجود نداشت، 4- برای کودک زیر یک سال غذای جداگانه تهیه می‌شد، 5- غذای کمکی خانگی به دلیل بهداشتی بودن به غذای کمکی آماده ترجیح داشت و 6- از یک سالگی به کودک غذای سفره داده می‌شد.

نتیجه گیری: با وجود آگاهی کافی اکثر مادران نسبت به فواید تغذیه تکمیلی به علت وجود موانعی از جمله عوامل فرهنگی حاکم بر جامعه عملکرد نامناسبی داشتند. در این راستا علاوه بر تجدید نظر در برنامه‌های آموزشی و دستورالعمل‌های فعلی، آموزش موثر و هدفمند به مادران و سایر مراقبین کودک به طور قوی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: عقیده، تغذیه تکمیلی، مادران، بررسی کیفی

***نویسنده مسئول:** تهران، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی، کدپستی 1981619573

Email: n_salarkia@hotmail.com

مقدمه

سوء تغذیه به دو شکل سوء تغذیه پروتئین-انرژی و کمبود ریز مغذی‌ها به عنوان مشکل عمده بهداشتی تغذیه‌ای در کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود (1). طبق آمار جهانی کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری به ترتیب در 31، 38 و 9 درصد از کودکان زیر 5 سال گزارش شده است (2). نشان داده شده است که سوء تغذیه پروتئین-انرژی در کودکان 6 ماه تا 2 سال با عواملی مانند از شیر گیری زود هنگام، تاخیر در شروع تغذیه تکمیلی و برخورداری از رژیم غذایی کم پروتئین و بسیاری از عفونت‌ها مرتبط است (3، 4). در کشور ما این نوع سوء تغذیه همچنان به عنوان یکی از مسایل بهداشتی و تغذیه‌ای مطرح می‌باشد. طبق آخرین آمار منتشر شده 10/9، 15/4 و 4/9 درصد از کودکان زیر 5 سال و 7/7، 15/5 و 4/3 درصد کودکان زیر 2 سال کشور به ترتیب دچار کم وزنی متوسط تا شدید، کوتاه قدی تغذیه‌ای و لاغری هستند (5). طی فرآیند تغذیه تکمیلی یا به عبارتی معرفی تدریجی غذا در رژیم غذایی کودک که از 6 ماهگی تا 2 سالگی همراه با شیر مادر ادامه می‌یابد کودک با غذاهای نیمه جامد آشنا و برای غذای سفره آماده می‌شود تا بتواند نیازهای اضافی خود را به انرژی، آهن، روی و سایر املاح تأمین کند. نشان داده شده است که روش‌های نادرست تغذیه تکمیلی منجر به مشکلاتی از جمله کوتاه قدی، تأخیر در رشد حرکتی و ذهنی، ضعف سیستم عصبی و ذهنی، حملات مکرر اسهال، کمبود ریزمغذی‌ها و درشت مغذی‌ها می‌شود (6). هر چند مطالعات تاکنون نشان داده است که فقر، عدم دسترسی به غذای کافی، ناآگاهی، عادات نادرست غذایی، مراقبت ناکافی و محیط ناسالم از عوامل عمده بروز سوء تغذیه به حساب می‌آیند ولی شناسایی دقیق و ریشه‌ای مشکلات در جهت تدوین و ارایه راهکارهای مناسب و کاربردی جهت کاهش سوء تغذیه نیاز به بررسی عمیق در قالب اجرای مطالعات کیفی دارد. امروزه در مطالعات مربوط به بهداشت و سلامت به طور عام و در مطالعات اپیدمیولوژیک به طور خاص، بررسی‌های کیفی به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در دهه گذشته

روش بحث و مذاکره گروهی (Focus Group

Discussion- FGD) و مصاحبه به عنوان یکی از معمول‌ترین راه‌های جمع‌آوری داده‌ها در تحقیقات کیفی شناخته شده است (7). بحث گروهی که یک روش طراحی شده برای جمع‌آوری اطلاعات کیفی درباره عقاید، باورها و شناخت جمعیت مورد بررسی در زمینه موضوعی خاص است (8-10) امروزه در فعالیتهای بهداشتی، آموزش بهداشت و تغذیه به منظور اطلاع از دیدگاه‌های مصرف کنندگان این خدمات و شناخت دیدگاه‌ها و چشم اندازهای آنان برای برنامه‌ریزی استفاده شده (11، 12) و در سطح وسیعی در تحقیقات بهداشتی و تغذیه‌ای به صورت ترکیبی روش‌های کیفی و کمی به کار گرفته می‌شود (11، 13). استفاده از این روش جهت پایش اجرای برنامه‌ها در سطح جامعه به خصوص اگر با تکنیک و سوالات مناسب وبا استفاده ازپیش فرض همراه باشد (14) می‌تواند داده‌های سودمندی را در مورد نقاط قوت و ضعف این برنامه‌ها فراهم کند.

در این بررسی با استفاده ازیک تحقیق کیفی و از طریق انجام مصاحبه گروهی عمق نظرات و دیدگاه‌ها، باورها و تجارب مادران دارای کودک زیر دو سال در مورد نقش تغذیه تکمیلی در سلامت تغذیه‌ای کودک در شهرستان دماوند مورد بررسی قرار گرفت. این شهرستان به عنوان یکی از مناطق با درصد شیوع کم وزنی کودکان زیر 2 سال مشابه کل کشور محسوب می‌شود به طوری که با توجه به آخرین آمار موجود از طرح ریز مغذی‌ها شیوع کم وزنی در کودکان زیر 2 سال در این منطقه (7/5 درصد) تقریباً مشابه آمار کل کشور (7/7 درصد) می‌باشد (5). نتایج این تحقیق می‌تواند اطلاعات مفیدی را جهت اجرای مداخله‌های تغذیه‌ای در اختیار مسئولین و برنامه‌ریزان کشور قرار دهد.

مواد و روش‌ها

روش مورد استفاده در مطالعه از نوع کیفی شامل بحث گروهی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاری با ارایه سوالات باز در زمینه مورد بحث بود.

پس از کسب مجوز و موافقت همکاری از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مسئولین شبکه بهداشتی شهرستان دماوند و مراکز بهداشتی شهری و روستایی دماوند جهت همکاری در جریان اجرای طرح قرار گرفتند. بر اساس اطلاعات، اسناد و مدارک موجود در شبکه، لیست مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و آمار کلی در رابطه با وضعیت بهداشتی کودکان زیر دو سال منطقه جمع آوری گردید.

شهرستان دماوند واقع در شمال شرق استان تهران یکی از پایگاه های جمعیتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با جمعیت کل 68428 نفر (شامل 47829 نفر جمعیت شهری و 20599 نفر جمعیت روستایی) است. این شهرستان دارای 4 شهر به نام های دماوند، رودهن، آبسرد و کیلان و همچنین در مجموع دارای 92 روستا می باشد.

در مجموع 83 مادر دارای کودک زیر دو سال طی 11 بحث گروهی در مراکز بهداشت مناطق شهری (جیلارد، رودهن، سوم شعبان، آبعلی، جمعا 7 بحث گروهی) و خانه های بهداشت مناطق روستایی (جابان، وادان، آبعلی، مهرآباد، جمعا 4 بحث گروهی) شهرستان دماوند در مطالعه شرکت کردند.

ابتدا راهنمای مصاحبه گروهی بر اساس اهداف و گروه های مورد مطالعه با 12 سوال طراحی شد. هر سوال دارای تعدادی سوال مکمل بود. علاوه بر سوالات باز، پرسش های جستجوگرانه و پی گیر نیز به کار گرفته شد. برای هر پرسش از کلمات روشن و جملات معنی دار استفاده شد. هم زمان با یادداشت برداری در حین بحث های گروهی تمامی رفتارهای غیر کلامی شامل ژست، حرکات سر و بدن و حالات مختلف چهره افراد در حین مصاحبه نیز ثبت می شد.

گروه تحقیق برای هر بحث شامل یک هماهنگ کننده، دو یادداشت بردار و یک ناظر باسابقه در انجام بحث های گروهی بود که همگی از کارشناسان تغذیه با خصوصیات کنجکاوی، خلاقیت، علاقه مندی و برخورداری از

مهارت در ایجاد ارتباط با افراد، قدرت طرح سوالات و تجزیه و تحلیل آن بودند.

قبل از شروع مصاحبه اعضای گروه بررسی راهنمای مصاحبه را در گروهی که دارای شرایط گروه اصلی بودند تمرین کردند.

بر اساس تقویم کار از گروه های هدف جهت شرکت در مصاحبه های گروهی و انفرادی دعوت به عمل می آمد. مصاحبه قبل از ظهر انجام می شد و در بعد از ظهر همان روز تجزیه و تحلیل داده ها انجام می گرفت. بحث گروهی در محیطی آرام در خانه های بهداشت در روستاها و مراکز بهداشت در شهرها انجام می شد. مصاحبه کننده و شرکت کنندگان به صورت دایره ای روی زمین و یا در صورت موجود بودن صندلی روی صندلی می نشستند تا همدیگر را دیده، با یکدیگر صحبت کنند و به حرف هم گوش دهند. هماهنگ کننده در کنار شرکت کنندگان می نشست و ضمن معرفی و ارایه مقدمه و خلاصه ای از اهداف تحقیق برای شرکت کنندگان، سوالات را بر اساس راهنمای گردانندگان مصاحبه و کاربرگ های مربوطه طرح می نمود. هر مصاحبه با تعداد شش تا ده نفر اجرا می شد و یک تا یک و نیم ساعت به طول می انجامید. یادداشت برداری و ضبط نوار مذاکره بلافاصله پس از معرفی مصاحبه شروع و تا پایان آن ادامه می یافت. در پایان مصاحبه ضمن تشکر از شرکت کنندگان پذیرایی مختصر از آنان به عمل می آمد و هدیه بهداشتی به آنان داده می شد. بلافاصله بعد از پایان هر بحث برای شناسایی و تکمیل یادداشت ها مروری بر آنها انجام می شد.

جهت شروع فرآیند تجزیه و تحلیل داده ها که به روش کروگر (Krueger) انجام شد (15)، ابتدا مرور یادداشت ها و حذف موضوعات بی ربط یا تکراری توسط دو یادداشت بردار از طریق مقایسه دست نوشته ها و مراجعه به ضبط صوت انجام گرفت. تمامی نوارها و یادداشت ها تاریخ و کد زده شدند. سپس محتوای یادداشت ها بر اساس اهداف کلی مطالعه مرتب و موضوعات و زیر موضوعات مربوط به هر هدف انتخاب شدند. پس از انتخاب زیر موضوعات

در شروع هر مصاحبه افراد شرکت کننده در جریان اهداف تحقیق قرار گرفتند و رضایت هر یک از آنها کسب گردید. مجریان متعهد شدند که اسامی و کلیه اطلاعات شخصی افراد مورد بررسی را محرمانه نگه دارند و در پایان بررسی نیز نتایج حاصل از تحقیق را برای آگاهی مسئولین منطقه در اختیار آنان قرار دهند.

یافته ها

در تحقیق حاضر شش مضمون کلی در ارتباط با تغذیه تکمیلی به دست آمد که در جدول 1 نشان داده شده است.

فراوانی هر زیر موضوع شمارش و به دنبال آن مضامین بر اساس گروه های مطالعه و روش جمع آوری داده ها شناسایی و انتخاب شدند. برای تجزیه و تحلیل داده های هر بحث در هر روز بین سه تا شش ساعت وقت لازم بود.

در ارتباط با هدف مطالعه چند عنوان کلی استخراج و فراوانی آراء درباره هر یک گزارش می شد. در اعلام نتیجه مشخص می گردید که نظریه اعلام شده مربوط به اندکی، تعداد کمی، تعدادی، نصف، اکثریت، به اتفاق آراء و تنها یک نفر از شرکت کنندگان در بحث گروهی بوده است. بعد از جمع آوری هر مصاحبه خلاصه ای از یافته های آن آماده می شد.

جدول 1. عنوان ها و مضمون های حاصل از بحث های گروهی مادران درباره نقش تغذیه تکمیلی بر تغذیه کودک زیر دو سال، شهرستان دماوند 1386

عنوان	مضمون
تعریف غذای کمکی از دید مادران	مادران غذای کمکی را غذایی می دانستند که ساده، سبک، نرم، رقیق و مخصوص کودک تهیه می شود. مثل سوپ رقیق، فرنی و حریره بادام.
سن شروع غذای کمکی و دلیل آن	مادران سن شروع غذای کمکی را 6 ماه اعلام کردند و دلیل دادن غذای کمکی به کودک را "ناکافی بودن شیر مادر و سیر نشدن بچه" عنوان کردند.
غذاهایی که به عنوان غذای کمکی خاص منطقه به کودک داد می شود	بر اساس اظهارات مادران در این منطقه غذای کمکی خاص یا بومی منطقه وجود ندارد.
تهیه غذای جگانه برای کودک زیر یک سال	برای کودک زیر یک سال غذای جگانه تهیه می شد.
ترجیح غذای کمکی خانگی به غذای کمکی آماده و علت آن	مادران غذای کمکی خانگی را به دلیل بهداشتی تر، بهتر، تمیز تر، سالم تر و مطمئن تر بودن به غذای کمکی آماده ترجیح می دادند.
سن شروع غذای سفره توسط کودک	مادران از یک سالگی به کودک غذای سفره می دهند.

بیسکویت و شیر را نام بردند. "شیر برنج، خرما، عدسی، موز، شیر موز، کره، کته نرم با گوشت قرمز، لعاب برنج، پوره میوه و نشاسته" هر کدام توسط یکی از مادران به عنوان غذای کمکی معرفی شد. تعداد کمی از مادران روستایی به سرلاک به عنوان غذای کمکی اشاره کردند. تعداد اندکی به غذایی که معده کودک در آینده به غذا عادت کند و "به غذای کمکی میان وعده می گفتند" به عنوان غذای کمکی اشاره کردند.

مضمون اول: مادران غذای کمکی را غذایی می دانستند که ساده، سبک، نرم، رقیق و مخصوص کودک تهیه می شود. مادران شرکت کننده در بحث های گروهی غذای کمکی را غذایی می دانستند که ساده، سبک، نرم، رقیق و مخصوص کودک تهیه می شود. تعداد اندکی از آنان معتقد بودند "غذایی که روی کارت واکسن نوشته شده" و "چیزهایی که به بچه می دهند" غذای کمکی می باشد. تعدادی از مادران به فرنی و تعداد کمی به تخم مرغ، حریره بادام، پوره سیب زمینی و کدو، غذای کمکی آماده و سوپ به عنوان غذای کمکی اشاره کردند. تعداد اندکی نیز

مضمون دوم: مادران سن شروع غذای کمکی را 6 ماه اعلام کردند و دلیل دادن غذای کمکی به کودک را "ناکافی بودن شیر مادر و سیر نشدن بچه" عنوان کردند.

اکثریت مادران سن شروع غذای کمکی را 6 ماه اعلام کردند. تعداد کمی از آنان قبل از 6 ماه غذای کمکی را شروع کرده بودند. در پاسخ به سؤال چرا به کودک غذای کمکی می‌دهید اکثریت مادران در این زمینه نظری ابراز نداشتند و تنها تعدادی از مادران اظهار داشتند شیر مادر کافی نیست، نیاز بچه را تأمین نمی‌کند و کودک سیر نمی‌شود.

تعداد کمی گرسنه نماندن بچه و خوب سیر شدن او، رشد بچه و بیشتر شدن نیاز بچه به غذا و ویتامین را دلیل شروع غذای کمکی ذکر کردند. تعداد اندکی به ضعیف بودن بچه و عادت کردن معده بچه به غذا و محکم شدن استخوان بچه اشاره داشتند. "شیر مادر به عنوان نوشابه است"، "شیر مادر تشنگی را برطرف می‌کند"، "برای این که قوت بگیرد" و "توصیه خانه بهداشت و پزشک برای شروع غذای کمکی" هر کدام توسط یکی از مادران عنوان شد.

نیمی از مادران فرنی را به عنوان اولین غذای کمکی معرفی کردند. تعداد کمی از آنان به حریره بادام، لعاب برنج و سرلاک اشاره کردند. تعداد اندکی نیز بیسکویت مادر را اولین غذای کمکی می‌دانستند. سوپ، آب میوه و تخم مرغ هر کدام توسط یکی از مادران به عنوان اولین غذای کمکی عنوان شد. بیش از نیمی از مادران به سوپ به عنوان سایر غذاهای کمکی اشاره کردند. تعداد کمی از آنان به آب میوه طبیعی، فرنی، حریره بادام، سیب زمینی آب پز، عصاره گوشت و ماهیچه، آبگوشت، تخم مرغ و کته با گوشت و مرغ اشاره کردند. تعداد اندکی شیر برنج، آش، عدسی، لوبیا و موز را نام بردند. هویج پخته، آب سبزیجات، لعاب برنج، ساندیس، غذای خانواده، آب غذا، ماست و شیر پاستوریزه رقیق شده با آب هر کدام توسط یکی از مادران به عنوان سایر غذاهای کمکی نام برده شد.

اکثریت مادران در پاسخ به سؤال چرا به کودک غذای کمکی می‌دهید به "ناکافی بودن شیر مادر و سیر نشدن بچه" نیز اشاره کردند. "عادت کردن معده بچه" و "توصیه مادر بزرگ‌ها" هر کدام توسط یکی از مادران دلیل دادن غذای کمکی بود.

مضمون سوم: بر اساس اظهارات مادران در این منطقه غذای کمکی خاص یا بومی منطقه وجود ندارد.

بر اساس اظهارات مادران در این منطقه غذای کمکی خاص یا بومی وجود نداشت و مادران از الگوهای رایج و مواد غذایی در دسترس برای تهیه غذای کمکی برای کودک خود استفاده می‌کردند.

مضمون چهارم: برای کودک زیر یک سال غذای جداگانه تهیه می‌شد.

حدود نیمی از مادران برای کودک غذای جداگانه تهیه می‌کردند. اکثریت مادران در مورد این که غذای کمکی را برای چند وعده تهیه می‌کنند، نظری ابراز نداشتند. تعداد کمی از مادران غذای کمکی را برای 2 وعده و 1 روز تهیه می‌کردند. تعداد اندکی آن را برای 2 تا 3 وعده تهیه می‌کردند. 3 وعده و 2 روز هر کدام توسط یکی از مادران گزارش شد. اکثریت مادران به سؤال باقیمانده غذای کمکی کودک را چگونه نگهداری می‌کنید پاسخی ندادند. تعداد کمی از مادران باقیمانده غذای کودک را در یخچال نگهداری می‌کردند. یکی از مادران اظهار داشت که باقیمانده غذای کودک را دور می‌ریزد.

مضمون پنجم: مادران غذای کمکی خانگی را به دلیل بهداشتی‌تر، بهتر، تمیزتر، سالم‌تر و مطمئن‌تر بودن به غذای کمکی آماده ترجیح می‌دادند.

تقریباً همه مادران غذای کمکی خانگی را به غذای کمکی آماده ترجیح می‌دادند. تنها یکی از مادران غذای آماده را به غذای خانگی ترجیح می‌داد و دلیل آن را وجود مواد مغذی و ویتامین در غذای آماده می‌دانست.

دلایل استفاده مادران از غذای کمکی خانگی عبارت بودند از: بیش از نیمی از مادران اظهار داشتند غذای خانگی بهداشتی‌تر، بهتر، تمیزتر، سالم‌تر و مطمئن‌تر است.

تعداد کمی از آنان اظهار کردند که "می‌دانیم توی غذای خانگی چیست"، از مواد طبیعی درست شده و تازه تر است. تعداد اندکی از آنان غذای کمکی خانگی را حاوی مواد مغذی (پروتئین) بوده و ویتامین‌های آن باقی می‌ماند.

تعداد کمی از مادران دلیل عدم استفاده از غذای کمکی آماده را غذای آماده حاوی مواد نگهدارنده و افزودنی است و ممکن است غذای آماده تاریخ مصرف گذشته و مانده باشد می‌دانستند. تعداد اندکی نیز اظهار داشتند که غذای آماده شکر زیادی دارد. "بچه پف می‌آورد"، "خاصیت ندارد" و "غذای آماده مثل شیر خشک است" هر کدام توسط یکی از مادران دلیل عدم استفاده از غذای کمکی آماده بود.

مضمون ششم: مادران از یک سالگی به کودک غذای سفره می‌دادند.

بیش از نیمی از مادران از یک سالگی، نیمی بعد از یک سالگی و تعداد کمی زیر یک سال غذای سفره را شروع می‌کنند. دلایل ذکر شده از طرف مادران برای شروع غذای سفره عبارت بود از: دندان در آوردن کودک، توانایی نشستن کودک، توانایی خوردن انواع غذاها و هضم آنها، عادت دادن بچه به غذای سفره. تعداد اندکی از مادران توانایی قاشق به دست گرفتن، با خانواده غذا خوردن، ایجاد مهارت در بچه، احساس بزرگی و علاقه‌مند شدن به غذای سفره را دلیل شروع غذای سفره اعلام کردند. تنها یکی از مادران دلیل دادن غذای سفره را "نیاز کودک به همه چیز" عنوان کرد. به علاوه در مادران روستایی "عادت کند"، "توصیه بهورز"، "فعالیت می‌کند و می‌تواند غذا را هضم کند"، "وزنش بالا نمی‌رفت" و "نوی منحنی رشد نوشته" هر کدام توسط یکی از مادران دلیل شروع غذای سفره گزارش شد.

در ارتباط با مدت ادامه غذای کمکی، اکثریت مادران اظهار نظری نکردند. تعداد کمی از مادران تا یک سالگی به کودک خود غذای کمکی می‌دادند و تعداد اندکی تا بعد از یک سالگی. "تا موقعی که سر سفره بنشیند

"و" بتواند خودش غذا بخورد" هر کدام توسط یکی از مادران سن پایان غذای کمکی بیان شد.

تعداد کمی از مادران برای کودک زیر یک سال خود بعضی از خوراکی‌ها (مواد غذایی) را منع می‌کردند. در حالی که 2 تن از مادران هیچ محدودیتی در این زمینه قابل نمی‌شدند. خوراکی‌هایی که از طرف مادران برای کودک زیر یک سال منع می‌شد به ترتیب اولویت عبارت بودند از: بیسکویت، شکلات، چیپس، پفک و آدامس، میوه مانند کیوی، مرکبات، توت فرنگی، شاتوت، موز، طالبی و عسل. تعداد کمی حبوبات و خوراکی‌های باددار، سبزیجات شامل (گوجه فرنگی، اسفناج)، تخم مرغ، نوشابه و پنیر را نام بردند. تعداد اندکی به غذاهای ترش، برنج و ماکارونی و ساندیس اشاره کردند. بادام زمینی، بستنی و سردی هر کدام توسط یکی از مادران برای کودک زیر یک سال منع می‌شد. به علاوه تعدادی از مادران روستایی به سبزی‌ها نظیر بادنجان، پیاز و سیر اشاره کردند. غذای چرب و سنگین، ماهی، چای، نوشابه و قند هر کدام توسط یکی از مادران عنوان شد.

مادران به دلایلی مثل ایجاد حساسیت، سنگینی و سخت هضم بودن این مواد به موارد منع مصرف خوراکی‌های فوق اشاره کردند. تعداد اندکی از آنان اظهار داشتند این مواد موجب نفخ شده و دارای مواد شیمیایی و افزودنی می‌باشد.

بحث

مرحله آغاز غذاهای دیگر به جز شیر مادر را "تغذیه تکمیلی" می‌نامند. تغذیه تکمیلی باید از نظر انرژی، چربی، پروتئین، مواد معدنی و ویتامین‌ها مواد مغذی موجود در شیر مادر را کامل کند و در عین حال تأمین‌کننده نیازهای کودک باشد (16). طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی و یونسف تغذیه تکمیلی به دلیل اهمیتی که در رشد، تکامل و سلامت کودکان دارد برای کودکان زیر 2 سال در اولویت قرار دارد. غذاهای تکمیلی باید حداقل 30 درصد از نیازهای کودک را با توجه به توصیه‌های غذایی روزانه

(Recommended Daily Allowances - RDA) تأمین کنند (17). فرآیند تغذیه تکمیلی یا به عبارتی معرفی تدریجی غذا در رژیم غذایی کودک و پایان شیردهی در مطالعات بسیاری مورد توجه قرار گرفته است (18). از طرفی نشان داده شده است که تغذیه نامناسب و روش‌های نادرست تغذیه تکمیلی از نظر کمبود و عدم تعادل غذا منجر به مشکلاتی از جمله کوتاه قدی، تأخیر در رشد حرکتی و ذهنی، ضعف سیستم عصبی و ذهنی، حملات مکرر اسهال، کمبود ریز مغذی‌ها و درشت مغذی‌ها می‌شود (6).

یافته اصلی مطالعه این بود که هر چند مادران در باره تغذیه تکمیلی به کودکانشان آگاهی داشتند ولی در عمل تغذیه تکمیلی کودک را به طور صحیح انجام نمی‌دادند.

شش مضمون در مورد تغذیه تکمیلی به همراه دیدگاه‌ها، عقاید و تجربیات مادران مورد مطالعه به دست آمد.

مضمون اول: غذای کمکی به عنوان غذایی ساده، سبک و نرم که مخصوص کودک است معرفی شد.

از دیدگاه مادران تعریف غذای کمکی عبارت بود از غذایی ساده، سبک، نرم و رقیق مثل سوپ رقیق، فرنی و حریره بادام که مخصوص کودک تهیه می‌شود. با توجه به دیدگاه مادران، در مجموع همه آنان تعریف قابل قبولی از غذای کمکی کودک ارائه دادند. به عبارت دیگر مادران شرکت کننده در مطالعه از آگاهی کافی در این مورد برخوردار بودند.

بر اساس مطالعه ایگبیدیو و همکاران در نیجریه عمده‌ترین انواع غذای کمکی کودک سرلاک بود. 82 درصد از مادران حریره را با بطری به کودک می‌دادند. 65 درصد مادران نیز از حبوبات، سبزیجات و یا میوه‌ها برای تغذیه کودکان استفاده می‌کردند (19). کروگر و گریک طی مصاحبه‌های گروهی با مادران دارای کودک زیر دو سال اعلام داشت که پوره‌های نرم به دلیل بافت نرم‌شان، خاصیت سیرکنندگی، ارزش تغذیه‌ای و در دسترس بودن آنها به کودکان داده می‌شد. غذای کودکان بیش از حد

پخته و رقیق می‌شد. مارگارین و پودر شیر خشک به پوره نرم اضافه می‌شد که منجر به ارتقاء انرژی (مارگارین) یا محتوای پروتئین و یا ریز مغذی‌های (پودر شیر خشک) رژیم غذایی شود. اکثر کودکان علاوه بر غذای کمکی، کمتر از 250 میلی لیتر شیر (اغلب بسیار رقیق شده) مصرف می‌کردند که نیازهای رشد آنها را برطرف نمی‌کرد و منجر به رشد استخوانی زیر حد طبیعی می‌شد (6). در حالی که در مطالعه ویلیامز و پنینگتون که جهت بررسی آگاهی مراقبین یا پرستاران کودکان با توصیه‌های ارائه شده در مورد تغذیه تکمیلی انجام شد کارکنان شرکت کننده در این مطالعه اطلاعات کمی در مورد تغذیه تکمیلی کودکان داشتند. در این مطالعه نشان داده شد هنگامی که پرستاران به کودک غذای کمکی می‌دهند، انگیزه زیادی برای یادگیری راهنمای غذای کودک دارند. اما روش‌های شخصی و اطلاعات نادرست از فامیل و دوستان همچنان توسط پرستاران مورد استفاده قرار می‌گیرد مگر این که آنها به طور منظم آموزش‌های به روز را ببینند (20).

مضمون دوم: سن شروع غذای کمکی از 6 ماهگی بود.

سن شروع غذای کمکی در مطالعه حاضر طبق توصیه‌ها از شش ماهگی آغاز شده بود. در تحقیق انجام شده توسط کاتیار و همکاران در هند در 67 درصد از گروه کودکان شهری شروع تغذیه کمکی قبل از 6 ماهگی بود در حالی که تنها در 40 درصد از کودکان نیمه شهری و 34 درصد از کودکان روستایی تغذیه کمکی قبل از 6 ماهگی شروع شده بود. در این کودکان تغذیه کمکی تا 2 سال ادامه داشت. 5 تا 9 درصد از کودکان اصلا غذای کمکی نخورده بودند. به 50 درصد از کودکان شهری در سن 7 تا 12 ماهگی غذای جامد داده شد در حالی که اغلب کودکان نیمه شهری و روستایی غذای جامد را در سن 13 تا 18 ماهگی دریافت کردند (21). لیپسکی و همکاران طی مطالعه کیفی که با 25 زن روستایی 16 تا 43 ساله انجام داد دریافت شروع غذاهای جامد از 1 ماهگی تا 8 ماهگی و شامل انواع لوبیا، تریلا (نوعی نان تهیه شده از ذرت)، نان، پاستا

مضمون چهارم: برای کودک زیر یک سال غذای جداگانه تهیه می‌شد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، مادران برای کودک غذای جداگانه تهیه می‌کردند. در مطالعه کروگر و جریک طی مصاحبه‌های گروهی با مادران دارای کودک زیر دو سال به دلایل اعتقادی و فرهنگی غذای کودکان در ظرف جداگانه تهیه می‌شد که دلیل این امر، روش‌های مختلف پخت و زمان غذا خوردن آنها نسبت به بالغین بود و به علاوه اعتقاد داشتند که خوردن از یک ظرف بر روی بچه تأثیرات منفی می‌گذارد. توجه به اعتقادات فرهنگی در زمینه انتخاب غذا و روش‌های پخت غذای تکمیلی کاملاً آشکار و مشهود بود (6).

مضمون پنجم: غذای کمکی خانگی به دلیل بهداشتی بودن به غذای کمکی آماده ترجیح داشت.

مادران در مطالعه حاضر غذای کمکی خانگی را به دلیل بهداشتی‌تر، بهتر، تمیزتر، سالم‌تر و مطمئن‌تر بودن به غذای کمکی آماده ترجیح می‌دادند. در مطالعه کروگر و جریک مادران به منظور رعایت مسایل بهداشتی پوره‌های نرم را به دلیل بافت نرم، خاصیت سیرکنندگی، ارزش تغذیه‌ای و در دسترس بودن در منزل آماده و به کودکان خود می‌دادند؛ ولی در مورد نحوه صحیح آماده سازی عملکرد مناسبی نداشتند (6). اگر چه بر پایه تحقیق ایگب دیو و همکاران در نیجریه مادران از غذای کمکی آماده به دلیل خوب بودن برای کودک، کیفیت بالا، قیمت مناسب، در دسترس بودن و توصیه بیمارستان استفاده می‌کردند. عمده‌ترین انواع غذای کمکی سرلاک بود (19).

مضمون ششم: از یک سالگی به کودک غذای سفره داده شده بود.

طبق اظهار نظر مادران شرکت کننده در بحث‌های گروهی اغلب مادران از یک سالگی به کودک غذای سفره می‌دادند. در تحقیق انجام شده توسط کاتیار و همکاران در هند برای حدود 20 درصد از کودکان شهری غذای خانواده در سن 12 ماهگی و در اغلب آنان در 18 ماهگی شروع شد. اکثریت کودکان نیمه شهری و روستایی غذای خانواده را

(ماکارونی)، میوه، سوپ مرغ، ژلاتین طعم دار تا نوشیدنی‌های ملایم بود. بین 9 ماهگی و 23 ماهگی کودکان همین غذاها را به اضافه سبزیجات، گوشت، ماهی، تخم مرغ، بیسکویت و غلات آماده مصرف می‌کردند (22). سِلن در تانزانیا طی بحث‌های گروهی با مادران اعلام داشت که الگوهای از شیر گیری و شروع تغذیه تکمیلی به میزان زیادی تحت تأثیر تغییرات فصلی قرار دارد به طوری که برخی از مادران پایان بارندگی‌های موسمی تغذیه با شیر مادر را قطع کرده و غذای تکمیلی را شروع می‌کردند (23). کروگر و جریک طی مصاحبه‌های گروهی با مادران دارای کودک زیر دو سال اعلام داشت که سن مناسب برای معرفی غذای کمکی 3 ماهگی بود. اکثر شرکت کنندگان بین 2 تا 3 ماهگی به کودکان خود غذای جامد می‌دادند. شرکت کنندگان اطلاعات کمی در مورد زمان مناسب معرفی غذای جامد داشتند (6). تحقیق کیفی کاستل و همکاران در مالی آفریقا نشان داد که در مقایسه بین دو گروه مادران دارای کودک سالم و کودک سوء تغذیه‌ای تنها تفاوتی که دیده شد در رفتار آنها با کودکانشان بود. هر چند بسیاری از مادران کودک سالم غذای تکمیلی را تا 9 الی 10 ماهگی به کودکان خود نمی‌دادند ولی مادران کودکان مبتلا به سوء تغذیه تمایل بیشتری به دادن غذای تکمیلی زود هنگام به کودکانشان داشتند (24). طی مطالعه ساکا و همکاران در ترکیه شروع غذای کمکی قبل از 6 ماهگی مناسب اعلام شد (25).

مضمون سوم: غذای کمکی بومی در منطقه دماوند وجود نداشت.

بر اساس اظهارات افراد شرکت کننده در این منطقه غذای کمکی خاص یا بومی منطقه وجود نداشت. در حالی که از نظر سازمان بهداشت جهانی و یونیسف تغذیه تکمیلی با استفاده از غذاهای بومی مناسب و در دسترس برای نوزادان و کودکان در اولویت قرار دارد (26).

یکی از دلایل توجه به غذای بومی رایج در هر منطقه دسترسی ساده مادر و ارزان بودن آن و فرهنگ بومی مادر در استفاده از آن می‌باشد (27).

روش کار به طور مرتب با مشاوران و افراد صاحب نظر مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

نتیجه گیری

نتایج حاضر مطالعه نشان می‌دهد که مادران نسبت به فواید تغذیه تکمیلی آگاهی کافی دارند و خود را موظف به انجام آن می‌دانند و تا جای امکان به انجام آن مبادرت می‌ورزند اما موانعی از جمله پیروی از روش‌های سنتی، آگاهی ناکافی و عدم حمایت مادران از سوی جامعه مانع اجرای صحیح آن می‌شد. اکثر شرکت کنندگان به تغذیه و دریافت واقعی غذای تکمیلی به عنوان عاملی مهم در ارزیابی وضعیت سلامت کودک خود توجه نمی‌کردند. به علاوه به نوع غذاها، تنوع، ارزش تغذیه‌ای یا کیفیت غذاهای داده شده به کودکان نیز توجهی نمی‌شد. نتایج این مطالعه نشان داد که از نظر شرکت کنندگان شرایط اجتماعی، اقتصادی و باورهای غلط در عدم موفقیت در شیردهی و تغذیه تکمیلی نقش موثری بر تغذیه کودک دارد و اکثر عوامل و مشکلات فوق از طریق آموزش مناسب قابل پیشگیری است.

پیشنهاد می‌گردد:

- 1- تجدید نظر در دستورالعمل‌های برنامه‌های تغذیه‌ای جاری به منظور اصلاح نواقص موجود در زمینه تغذیه تکمیلی کودک و جلوگیری از موازی کاری و ناکارآمد بودن خدمات ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی،
- 2- سیاست گذاری در اجرای برنامه‌های حمایتی مادران جهت بهبود تغذیه تکمیلی،
- 3- اجرای پژوهش در جهت بومی سازی غذاهای کمکی و تشویق والدین به تغذیه کودک با این غذاها و
- 4- تأکید بر تداوم آموزش‌های مادران جهت خنثی شدن اثر روش‌های شخصی و اطلاعات نادرست منتقل شده از طریق فامیل، دوستان و آشنایان با توجه به اعتقادات و بستر فرهنگی صورت گیرد.

به ترتیب بین 18 تا 24 ماهگی یا بعد از 2 سالگی شروع کردند. به 84 درصد از نوزادان شهری غذاهایی نظیر غلات آماده، گوشت و سبزیجات ریشه‌ای داده می‌شد (21). ایگدیو و همکاران در نیجریه گزارش داد که 52 درصد از مادران تغذیه تکمیلی را در سنین 3 تا 4 ماهگی شروع کرده بودند. 88 درصد از تمام مادران غذای کمکی را در کنار شیر مادر به کودک می‌دادند (19). کروگر و جریک طی مصاحبه‌های گروهی با مادران دارای کودک زیر دو سال اعلام داشتند که مادران بین 7-9 ماهگی غذای سفره می‌دادند (6).

از مجموع مطالعات مختلف ذکر شده می‌توان نتیجه گرفت که اکثر مادران نسبت به فواید تغذیه تکمیلی آگاهی کافی دارند اما به علت وجود موانعی از جمله دنباله روی از روش‌های سنتی و عدم حمایت از سوی جامعه عملکرد نامناسبی دارند. در مطالعه ما نیز غالب شرکت کنندگان نسبت به تغذیه تکمیلی مطلع بودند و در بسیاری موارد اطلاعات آنان مناسب بود. ولی در عمل نحوه صحیح تغذیه تکمیلی را از نظر زمان مناسب شروع و کیفیت آن رعایت نمی‌کردند.

به طور کلی یافته‌های این بررسی نشان داد که اکثر شرکت کنندگان به تغذیه و دریافت واقعی غذا به عنوان عاملی مهم در ارزیابی وضعیت سلامت کودک خود توجه نمی‌کردند. به علاوه به نوع غذاها، تنوع، ارزش تغذیه‌ای یا کیفیت غذاهای داده شده به کودکان نیز توجهی نمی‌شد. از نظر شرکت کنندگان ظاهر عمومی کودک و ثبت اندازه‌گیری وزن بر روی کارت رشد در طول هر مراجعه به مرکز بهداشتی به عنوان شاخصی مهم برای خوب بودن وضعیت تغذیه مورد توجه قرار می‌گرفت.

در مطالعه حاضر جهت بررسی اعتبار تحقیق سعی گردید با استفاده از تحقیق همزمان در منطقه با روش‌های ارزیابی چند جانبه (Triangulation) نسبت به تایید پذیری (Confirmability) و وابستگی (Dependability) اطمینان حاصل شود و علاوه بر سابقه و تجربه پژوهشگران،

8. Khan M, Manderson L. Focus groups in tropical diseases research. Health policy and planning. 1992;7(1):56.
9. Krueger R. Focus groups: a practical guide for applied research. London: Sage; 1994.
10. Morgan D. Successful focus groups: Advancing the state of the art: Sage Publications, Inc; 1993.
11. Malekafzali H. The guideline of the qualitative research. Focus Group Interview. Tehran: Author publication; 1999.
12. Soraya S. The method of discussion and interview based on the cause and effect interaction in the group. Tehran, Iran: Roshd Publication; 1998.
13. Iszler J, Crockett S, Lytle L, Elmer P, Finnegan J, Luepker R, et al. Formative evaluation for planning a nutrition intervention: results from focus groups. Journal of nutrition education (USA). 1995.
14. Burgess RG. In the field: an introduction to field research. London: Routledge; 1991.
15. Krueger, R. Casey, M. A. Focus groups: A practical guide for applied research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008.
16. Dewey K, Lutter C. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAH/WHO), Washington DC; 2003.
17. Dewey K, Brown K. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs. Food Nutr Bull. 2003 Mar;24(1):5-28.
18. Bøhler E, Ingstad B. The struggle of weaning: factors determining breastfeeding duration in east Bhutan. Soc Sci Med. 1996 Dec;43(12):1805-15.
19. Igbedioh S, Edache A, Kaka H. Infant weaning practises of some Idoma women in Makurdi, Nigeria. Nutr Health. 1995;10(3):239-53.
20. Williams A, Pinnington L. Nurses' knowledge of current guidelines for infant feeding and weaning. J Hum Nutr Diet. 2003 Apr;16(2):73-80.
21. Katiyar G, Agarwal D, Tripathi A, Agarwal K. Feeding practices in Varanasi district. Indian Pediatr. 1981 Jan;18(1):65-70.

تشکر و قدردانی

از ریاست محترم انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور به جهت مساعدت در راستای اجرای این طرح، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کارکنان محترم آن مرکز به علت کمک و همکاری در اجرای عملیات میدانی، مسئولین گرامی شبکه بهداشت دماوند مراکز بهداشتی و خانه‌های بهداشت تابع آنها به جهت همکاری صمیمانه در اجرای این طرح تحقیقاتی، از کلیه مادران شرکت کننده که بدون همکاری صمیمانه آنان انجام پژوهش امکان پذیر نمی‌گردید و در نهایت از خانم‌ها نسرين حسين خواه، ستاره عليپور، ندا مظاهری به جهت همکاری صمیمانه شان قدردانی می‌شود.

منابع

1. Muller O, Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries. CMAJ. 2005 Aug;173(3):279-86.
2. Brabin BJ, Coulter JBS. Nutrition-associated disease. In: Cook GC, Zumla AI, editors. Manson's tropical diseases. London : Saunders; 2003.p.561-80.
3. Rice A, Sacco L, Hyder A, Black R. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. Bull World Health Organ. 2000;78(10):1207-21.
4. Muller O, Garenne M, Kouyaté B, Becher H. The association between protein-energy malnutrition, malaria morbidity and all-cause mortality in West African children. Trop Med Int Health. 2003 Jun;8(6):507-11.
5. Ministry of Health and Medical Education in corporation with UNICEF: Training package for medical doctors. [Improvement of children growth and nutrition] Tehran (Iran): Sina Publication; 2004.
6. Kruger R, Gericke G. A qualitative exploration of rural feeding and weaning practices, knowledge and attitudes on nutrition. Public health nutrition. 2007;6(02):217-23.
7. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing: Wiley-Blackwell; 2002.

22. Lipsky S, Stephenson P, Koepsell T, Gloyd S, Lopez J, Bain C. Breastfeeding and weaning practices in rural Mexico. *Nutr Health*. 1994;9(4):255-63.
23. Sellen D. Weaning, complementary feeding, and maternal decision making in a rural east African pastoral population. *J Hum Lact*. 2001 Aug;17(3):233-44.
24. Castle S, Yoder P, Konaté M, Macro O. Introducing complementary foods to infants in central Mali: ORC Macro; 2001.
25. Saka G, Ertem M, Musayeva A, Ceylan A, Kocturk T. Breastfeeding patterns, beliefs and attitudes among Kurdish mothers in Diyarbakir, Turkey. *Acta Paediatr*. 2005 Sep;94(9):1303-9.
26. WHO U. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003.
27. Sa M, SMB S. Complementary Feeding Practices and its Impact on Nutritional Status of under Two Old Children in Urban Areas of the Kathmandu, Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2004 April;2(1):1-4.